FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 12 novembre 1908, à 1 heure

PAR

Edgard ASSIRE

Ancien Interne des Hôpitaux et de la Maternité de Rouen
Médaille d'Honneur des Epidémies

Traitement du cancer de l'S Iliaque

PAR LA

RÉSECTION SUIVIE DE SUTURE CIRCULAIRE

Président : M. POZZI, *professeur*

Juges MM. BAR, *professeur*
MARION, *agrégé*
BRINDEAU, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET
1, Rue Casimir-Delavigne, 1

1908

36743

A NOS MAITRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DANS LES HOPITAUX DE ROUEN

M. le Docteur DIDIER, médecin des Hôpitaux.

M. le Professeur BATAILLE, chirurgien des Hôpitaux.

M. le Professeur CERNÉ, chirurgien des Hôpitaux.

M. le Docteur LEREFAIT, médecin honoraire des Hôpitaux.

M. le Professeur DÉVÉ, médecin des Hôpitaux.

M. le Professeur MARTIN, professeur de clinique obstétricale.

M. le Docteur VALLÉE, chef de clinique, chirurgien des Hôpitaux.

M. le Docteur MAGNIAUX, chirurgien de la Maternité.

M. le Professeur François HUE, chirurgien des Hôpitaux.

M. le Professeur JEANNE, chirurgien des Hôpitaux.

M. le Professeur LONGUET.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS

MONSIEUR LE DOCTEUR MAYGRIER

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

MONSIEUR LE DOCTEUR BROCA

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

A LA MÉMOIRE

DE MONSIEUR LE DOCTEUR HÉBERT

Maire d'Euvermeu

Conseiller général de la Seine-Inférieure

A MONSIEUR LE DOCTEUR LE NOUËNE

Chirurgien des hôpitaux du Havre

Hommage reconnaissant

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI

Professeur à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

TRAITEMENT DU

Cancer de l'S iliaque

Par la résection suivie de suture circulaire

INTRODUCTION

Ayant assisté à une résection de l'S iliaque pour cancer, à la clinique du Dr Le Nouëne, il nous a paru intéressant de rechercher les observations où les chirurgiens ont pratiqué, comme lui, l'extirpation d'un segment du côlon descendant avec suture circulaire.

Nous avons borné notre étude aux tumeurs de l'S iliaque, laissant de côté les opérations pratiquées sur les autres parties du côlon et sur le cœcum. Nous ne nous occuperons pas non plus des interventions pour cancer du rectum. Il est assez difficile d'établir la limite entre ce réservoir et la partie terminale de l'S iliaque. Les anatomistes s'accordent à faire commencer le rectum au point où le péritoine abandonne les faces latérales du tube digestif et, pour eux, le côlon descendant se termine au niveau de la troisième vertèbre sacrée. Se plaçant au point de vue opératoire, les chirur-

giens ont défini l'intervention, sur l'S iliaque celles qui se font par la voie abdominale et intervention, sur le rectum celles qui se pratiquent par la voie ano-rectale. C'est la division adoptée par Barbary daus sa thèse sur le traitement chirurgical du cancer du gros intestin. L'amputation abdomino-périnéale du rectum vient gêner cette classification puisque, dans cette opération, on intervient à la fois par l'abdomen et le périnée, et que cette technique permet l'ablation des tumeurs à point de départ rectal ayant envahi la partie terminale du côlon. Nous voyons désormais des observations nombreuses intitulées « Traitement par l'amputation abdomino-périnéale (ou par la résection) des cancers de l'S iliaque et du haut rectum). Force est donc de se contenter d'une limite approximative entre les cancers de l'S iliaque et du rectum, et par traitement des cancers de l'S iliaque par la résection nous entendrons la cure, par l'extirpation abdominale des néoplasmes inextirpables par la voie périnéale. Le sujet ainsi limité, il apparaît bien que la méthode que nous allons étudier soit surtout à mettre en parallèle avec l'amputation abdomino-périnéale.

Notre travail sera divisé de la façon suivante :

Chapitre I. — Anatomie de l'S iliaque.

Chapitre II. — Historique du traitement du cancer de l'S iliaque.

Chapitre III. — Traitements palliatifs.

Chapitre IV. — Traitement radical.

Avant d'aborder notre sujet, nous devons manifester notre gratitude à tous ceux qui ont contribué à notre instruction médicale, à nos maîtres de Reims, de Rouen et de Paris. Nous tenons à remercier de grand cœur les maîtres

aux services desquels nous avons été attaché, soit comme externe soit comme interne.

La parfaite amabilité que nous avons toujours rencontrée près d'eux ne peut qu'augmenter nos regrets de quitter les hôpitaux.

En toute occasion nos bons camarades de l'Hospice général de Rouen nous ont témoigné de leur inaltérable amitié ; point n'est besoin de leur rappeler les heures heureuses d'un inoubliable internat, point n'est besoin non plus de leur dire notre amertume à les si tôt laisser.

M. le Dr Le Nouëne, inspirateur de cette thèse, a mis à notre disposition, avec une extrême bienveillance, et sa science et ses travaux, nous ne saurions trop l'en remercier.

Enfin notre très excellent ami le docteur Poot nous a aidé et soutenu de son amitié, de ses conseils, il serait superflu de l'assurer de notre cordiale sympathie.

Monsieur le Professeur Pozzi nous fait le très grand honneur de présider notre thèse : nous lui en sommes profondément reconnaissant.

CHAPITRE PREMIER

Anatomie de l'S iliaque

La plus grande confusion a régné pendant longtemps et règne encore maintenant sur la nature de l'S iliaque. Ses limites, ses divisions et sa direction varient suivant les auteurs. Toutefois on peut, avec JONNESCO et CHARPY, comprendre sous ce nom deux portions distinctes de l'intestin terminal : d'une part, une portion supérieure, côlon iliaque de JONNESCO, que l'on peut encore appeler anse courte ; d'autre part, une portion inférieure, le côlon pelvien de JONNESCO, l'anse sigmoïde de la plupart des auteurs. Ces deux portions peuvent être réunies en une seule pour constituer le *Côlon iléo-pelvien*,

Ainsi délimité, le côlon iléo-pelvien fait suite au côlon descendant et commence au niveau de la crête iliaque gauche, soit en son milieu, soit plus en arrière vers la symphise sacro-iliaque. La limite inférieure a été également discutée, et l'on sait que les classiques décrivaient au rectum une première portion reliée à la paroi pelvienne postérieure par un méso-rectum. TRÈVES, au contraire, a rattaché cette portion au côlon iléo-pelvien, et, pour lui,

cet organe s'étend jusqu'au flanc droit de la troisième vertèbre sacrée.

Quant à la limite entre les deux portions, iliaque et pelvienne, elle est fixée au niveau du bord interne du psoas.

La portion supérieure du côlon iléo-pelvien traverse la fosse iliaque, en décrivant une courbe à concavité supérieure et interne. Il atteint ainsi le bord interne du psoas et les vaisseaux iliaques externes, où il se réfléchit pour se continuer avec l'anse sigmoïde.

Cette anse sigmoïde se trouve en général contenue dans la cavité pelvienne, c'est là du moins l'opinion de Charpy. Tout d'abord elle plonge verticalement dans la cavité pelvienne, en suivant le flanc gauche du petit bassin. Arrivée au niveau du plancher pelvien, elle se recourbe une première fois pour se diriger directement de gauche à droite. Elle atteint donc le flanc droit du petit bassin, et, là, se recourbe une deuxième fois pour se diriger de haut en bas et de droite à gauche vers la troisième vertèbre sacrée, où elle se continue avec le rectum. On peut donc décrire à l'anse sigmoïde trois portions et deux coudes.

Cette direction représente le type normal, bien qu'un peu schématique. Il est en effet des cas où le nombre des branches n'est plus que de deux ; dans d'autres il s'élève à quatre. Trèves a même comparé la forme de l'anse sigmoïde à la lettre grecque Ω, d'où le nom d'anse oméga que lui donnent certains auteurs.

Il faut bien remarquer également que cette situation pelvienne de l'anse sigmoïde n'est pas constante. En effet la distension exagérée du côlon pelvien, le développement anormal, physiologique ou pathologique, des viscères pel-

viens peuvent forcer l'anse oméga à quitter la cavité du petit bassin pour venir se placer dans la cavité abdominale.

Cette situation abdominale, ou pour mieux dire iliaque, de l'anse sigmoïde peut même exister à l'état permanent, et cette situation, pour MERKEL, est loin d'être rare. Dans ce cas, partie du psoas, l'anse sigmoïde se dirige verticalement en haut ; elle peut atteindre ainsi la région ombilicale, et même arriver jusqu'aux confins du diaphragme. Puis elle se recourbe et présente un trajet descendant jusqu'à la symphyse sacro-iliaque droite. Et c'est alors seulement qu'elle pénètre dans la cavité pelvienne, pour aboutir au rectum.

La longueur du côlon iliaque présente en moyenne 12 à 16 centimètres, et l'on peut donner comme chiffres extrêmes 6 centimètres et 25 centimètres. Ces différences de longueur nous expliquent que la situation de cet organe puisse varier. Et, en effet, à côté de la situation moyenne que nous avons donnée, on a pu décrire des positions hautes quand le côlon iliaque siège à la partie supérieure et interne de la fosse iliaque, et des positions basses lorsqu'il vient longer l'arcade de Fallope.

Les dimensions de l'anse sigmoïde sont également très variables. En général elle présente 40 centimètres de longueur, mais on a pu constater des chiffres extrêmes, très rares il est vrai, de 12 centimètres et de 84 centimètres (JONNESCO-CHARPY).

Le côlon iléo-pelvien présente donc une disposition qui le différencie nettement du gros intestin. La structure elle-même ne rappelle plus exactement celle de cet organe. En

effet les bandes longitudinales ne présentent plus la même netteté ; les bosselures et les sillons transversaux tendent à s'atténuer, si bien que le côlon pelvien se présente sous la forme d'un tube presque uniforme. A ce niveau, au lieu des trois bandes que l'on rencontre sur le gros intestin, on n'en trouve plus que deux, l'une antérieure, l'autre postérieure, qui vont se terminer sur le rectum.

Les rapports du côlon iléo-pelvien doivent être étudiés en deux régions distinctes : d'une part au niveau de la fosse iliaque interne, d'autre part dans le petit bassin.

Le côlon iliaque repose en arrière sur la fosse iliaque interne, et nous trouvons, au-dessous du péritoine, le tissu cellulaire sous-péritonéal, puis le fascia iliaca ou aponévrose lombo-iliaque. Cette aponévrose, qui recouvre le muscle psoas iliaque, en est séparée par une couche de tissu cellulaire lâche, toujours plus ou moins chargé de graisse. On sait que les abcès développés au niveau de ces deux couches du tissu adipeux présentent une évolution, variable, puisque les abcès sous-péritonéaux s'arrêtent à l'arcade crurale, tandis que les abcès sous-aponévrotiques descendent jusque dans le triangle de Scarpa. Plus profondément, nous trouvons le muscle psoas iliaque, avec les nerfs crural, génito-crural et fémoro-cutané. A ce niveau également passent les branches antérieures de l'artère iléo-lombaire et l'artère circonflexe iliaque. Enfin le muscle psoas iliaque repose sur la fosse iliaque interne dont il est séparé par les branches postérieures de l'artère iléo-lombaire.

En dehors, le côlon iliaque répond à l'arcade crurale et à l'épine iliaque antérieure et supérieure,

En dedans, c'est le bord interne du psoas, croisé par l'uretère et les vaisseaux spermatiques internes. Il est longé, dans toute son étendue, par le paquet vasculo-nerveux iliaque externe.

En avant, suivant sa situation haute ou basse, suivant son état de vacuité ou de réplétion, le côlon iliaque répond directement à la paroi abdominale antérieure ou en est séparé par l'intestin grêle et le grand épiploon. La paroi abdominale, à ce niveau, est constituée, au dessous de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, par le muscle grand oblique dirigé obliquement en bas et en dedans. Puis c'est le petit oblique, dont les fibres croisent les précédentes obliquement en haut et en dedans. Plus profondément, nous trouvons le muscle transverse dirigé directement en dedans. Enfin c'est le péritoine.

Nous n'étudierons les rapports de l'anse sigmoïde que dans sa position pelvienne. En effet, dans sa position iliaque elle vient se mettre en rapport également avec les anses grêles et la paroi abdominale antérieure, au niveau des régions hypogastrique et ombilicale.

En arrière le côlon pelvien répond au sacrum ; sur la ligne médiane descendent l'artère sacrée moyenne et les veines correspondantes : sur ses bords s'insèrent le muscle pyramidal et le muscle obturateur interne recouverts tous deux de leurs aponévroses.

En avant et en bas, le côlon pelvien vient se mettre en contact avec les viscères contenus dans le petit bassin. Chez l'homme, c'est la vessie recouverte de péritoine ; elle est séparée du rectum par un cul-de-sac, cul-de-sac vésico-rectal. Celui-ci présente deux portions : l'une inférieure,

limitée par les replis de Douglas, petite et linéaire, où jamais ne pénètre le côlon pelvien ; l'autre, supérieure, continue directement avec le péritoine pariétal, large et évasée, dans laquelle descend normalement l'anse sigmoïde.

Chez la femme, chose importante au point de vue opératoire, le côlon pelvien prend contact avec les organes génitaux internes. Il vient en effet descendre dans le cavum rétro-utérin que limitent en avant l'utérus et les ligaments larges. Ca cavum est divisé par 2 replis, en 3 petites fossettes. C'est, en dedans, les replis de Douglas, constitués par les ligaments utéro-sacrés ; c'est, plus en avant, la saillie que forment l'artère utérine et l'uretère. Il en résulte la formation d'une fossette médiane, où se loge le rectum. Entre les ligaments utéro-sacrés et l'artère utérine, c'est la fossette sous-ovarienne de Claudius, où l'on peut trouver l'ovaire prolabé, principalement chez les femmes qui ont eu plusieurs grossesses. Enfin, entre l'artère utérine et l'uretère en arrière, l'insertion du ligament large sur l'excavation pelvienne en avant, la bifurcation de l'artère iliaque primitive en haut, c'est la fossette ovarienne. Les limites exactes d'ailleurs de cette fossette ont été décrites différemment suivant les auteurs.

Comme on le voit, le côlon pelvien est situé profondément dans le petit bassin, et l'on comprend que des sutures faites à ce niveau sont loin d'être toujours faciles. Une autre cause de difficulté dans l'opération réside dans ce fait que, sous l'influence de phénomènes inflammatoires, il existe fréquemment des adhérences pathologiques qui peuvent réunir le côlon iliaque à ces divers organes. Nous

verrons d'ailleurs, dans l'étude du péritoine, qu'il existe normalement quelques ligaments tels que le ligament infundibulo-colique.

L'étude du péritoine du côlon iléo-pelvien, pour être bien comprise, nous oblige à donner quelques notions d'embryologie. On sait que l'anse terminale, d'où dérive toute la portion gauche du gros intestin, est rattachée primitivement à la paroi abdominale postérieure par un méso médian et sagittal, le méso de l'anse terminale. Lors de la torsion de l'anse intestinale primitive, l'intestin terminal est attiré en haut et à ganche, remontant jusqu'à la région lombaire. Il possède alors un long méso libre et flottant dans la cavité abdominale.

Secondairement la paroi gauche de ce méso s'incline vers le péritoine pariétal postérieur, s'accole à lui, et amène la fixation du côlon descendant.

La limite inférieure de cet accolement est constituée par une ligne qui, partant de la ligne médiane, à peu près au niveau de la bifurcation de l'aorte, se dirige obliquement, en bas et à gauche, vers le muscle psoas iliaque. Ainsi est constituée la racine secondaire du méso-côlon iléo-pelvien. Nous verrons d'ailleurs que cette racine secondaire descend plus ou moins bas suivant les cas.

Il en résulte donc que le méso-côlon iléo-pelvien présente, chez l'adulte, deux racines : une racine primitive médiane et sagittale ; une racine secondaire que nous venons de décrire.

Dans la majorité des cas, le processus de soudure s'est étendu à tout le côlon iliaque et celui-ci est alors fixé complètement et adhère directement au péritoine pariétal pos-

terieur. Au contraire, dans 10 0/0 des cas environ, le processus de coalescence n'est pas aussi net, et l'on trouve un méso-côlon iliaque court, de 2 à 3 centimètres. Mais on peut trouver des intermédiaires entre ces deux stades, caractérisés par l'existence de petits orifices qui conduisent dans des culs-de-sac péritonéaux insinués sous la paroi postérieure du côlon ; ce sont les fossettes paracôliques.

Normalement au contraire le côlon pelvien est libre, entouré totalement de péritoine et rattaché à la paroi abdominale et pelvienne postérieure par un long mésentère, le méso-côlon pelvien. Ce méso-côlon pelvien se présente sous la forme d'un large éventail auquel on peut décrire deux bords, l'un pariétal, l'autre intestinal, et deux faces.

Le bord pariétal, ou racine, représente, comme nous l'avons vu, une ligne brisée. Il part du psoas iliaque, longe les vaisseaux iliaques externes, au niveau desquels il surcroise les vaisseaux spermatiques d'abord, l'uretère ensuite. Puis il suit le trajet des vaisseaux iliaques primitifs, pour aboutir aux environs de la bifurcation de l'aorte. A ce niveau, il se coude brusquement, formant un angle aigu ouvert en bas et à gauche, et finalement il descend verticalement jusqu'au niveau de la troisième vertèbre sacrée.

Quant au bord intestinal, il se fixe sur le bord postérieur du côlon dont il va suivre toutes les flexuosités.

Des deux faces, l'une est antérieure et superficielle, regardant la cavité pelvienne, l'autre est postérieure, repose sur le péritoine pariétal postérieur, sans lui adhérer.

La hauteur du méso-côlon pelvien intéresse le chirurgien,

puisque c'est elle qui règle la mobilité du côlon et c'est d'elle que dépend par conséquent la facilité de l'intervention.

Au niveau de ses deux extrémités, il est forcément peu élevé et ne présente guère que 2 centimètres de hauteur. Au contraire, au niveau de sa partie moyenne, il est beaucoup plus élevé et peut atteindre de 10 à 16 centimètres.

Cette hauteur du méso-côlon nous montre que c'est la partie moyenne seule qui présente une certaine mobilité, tandis que les deux extrémités, iliaque d'une part, rectale d'autre part, sont rattachées et unies à des organes fixés à la paroi abdominale et pelvienne. Il en résulte que les manœuvres nécessitées par l'ablation d'un cancer présentent plus ou moins de difficultés, suivant la localisation du néoplasme.

Ce méso-côlon est constitué par deux feuillets péritonéaux qui, au niveau de sa racine, vont diverger et se continuer dans le péritoine pariétal. Mais, en outre, on peut lui rattacher un certain nombre de ligaments, C'est d'abord le ligament côlo-iliaque, qui naît du feuillet postérieur du méso-côlon pelvien pour s'insérer sur la paroi iliaque, ou même sur la paroi pelvienne latérale gauche. C'est pour ainsi dire l'homologue du ligament mésentérico-pariétal de la fosse iliaque droite.

Dans le même ordre d'idées, signalons le ligament infundibulo-côlique, qui s'étend du feuillet postérieur du méso-côlon iliaque au ligament large et même à la trompe gauche. Ce ligament est intéressant au point de vue chirurgical, puisqu'il rend solidaires, pour ainsi dire, le côlon et les annexes du côté gauche.

Enfin il nous reste à parler d'un dernier ligament, le ligament mésentérico-méso-côlique. C'est ce repli falciforme qui s'étend du feuillet antérieur du méso-côlon au mésentère de l'intestin grêle.

Lorsqu'on attire en haut l'anse sigmoïde et son méso, on aperçoit, à ce niveau, d'une façon presque constante, un orifice qui conduit dans un cul-de-sac séreux : c'est l'orifice d'entrée de la fossette intersigmoïde. Il est constitué d'une part par le méso-côlon, d'autre part par le péritoine pariétal postérieur. De forme arrondie ou ovalaire, il laisse en général passer l'index, parfois deux ou trois doigts. Par cet orifice on pénètre dans un canal dont la profondeur varie de 3 à 10 centimètres. Ce canal longe le bord interne du psoas et les vaisseaux iliaques primitifs. Compris entre les deux branches du méso-côlon et le péritoine pariétal postérieur, il s'étend d'ordinaire jusqu'au niveau de l'aorte, c'est-à-dire jusqu'au niveau de la quatrième vertèbre lombaire.

Entre les deux branches qui constituent la fossette intersigmoïde, directement sous-jacents au péritoine pariétal postérieur, se trouvent des organes dont nous comprendrons l'importance : c'est le paquet vasculaire iliaque primitif, sa division en 2 paquets secondaires, iliaque interne et iliaque externe, enfin l'uretère.

Le méso-côlon iléo-pelvien contient, cemme la plupart des mésos d'ailleurs, le pédicule vasculaire du côlon iléo-pelvien, et, de ce fait, nous allons le voir renfermer un certain nombre d'artères et de veines. Et d'abord c'est l'artère hémorroïdale inférieure, l'artère du rectum qui sont la racine primitive du méso-côlon iléo-pelvien. Celle-

ci présente peu d'intérêt. Bien plus importante est sa dernière collatérale, l'artère côlique gauche inférieure. Elle donne en effet une branche terminale, artère côlique gauche inférieure proprement dite, qui se rend au côlon iliaque. Puis c'est le tronc des sigmoïdes, qui se divise en 3 branches : gauche, moyenne et droite, destinées au colon pelvien.

La disposition de ces artères varie essentiellement suivant la disposition du méso-côlon iléo-pelvien et suivant son degré d'accolement. Et en effet on peut dire, avec P. Duval, que cet organe est une anse en voie d'évolution qui, primitivement mobile, se fixe secondairement. On peut donc, avec cet auteur, distinguer trois types variables suivant l'âge. Dans le côlon infantile, les phénomènes de coalescence péritonéale se sont arrêtés au niveau de la partie inférieure du côlon descendant. Il en résulte que tout le côlon iléo-pelvien est libre, et l'on peut admettre l'existence de quatre artères sigmoïdes, l'artère du côlon iliaque devenant une véritable sigmoïde. On comprend que, dans ce cas, et si ce type persiste chez l'adulte, l'on aura le maximun de facilité pour mobiliser le côlon iléo-pelvien.

Un second type est représenté par le côlon de l'adulte : c'est celui que nous avons décrit et le côlon pelvien seul présente un méso. Il n'existe alors que 3 sigmoïdes, les 3 sigmoïdes normales. La sigmoïde droite suit la racine primitive du méso parallèlement et à gauche de l'hémorroïdale inférieure. La sigmoïde gauche est en dehors de l'artère iliaque primitive, et chemine dans la racine secondaire du méso côlon pelvien. Quant à la sigmoïde moyenne

elle chemine entre les deux précédentes, croisant en X l'uretère et l'artère hypogastrique.

Dans ce cas encore, la mobilité du côlon est assez grande et la résection d'une partie ou de tout cet organe ne présente pas de difficulté particulière.

Enfin dans le côlon du vieillard les phénomènes de coalescence sont encore plus marqués, la fossette intersigmoïde peut disparaître et dès lors on ne peut plus guère décrire qu'une ou deux sigmoïdes. Cette disposition est certainement la moins favorable pour une intervention. En effet il est presque impossible de mobiliser le côlon : on risque de blesser les organes qui passent dans la fossette intersigmoïde, c'est-à-dire l'uretère, les vaisseaux iliaques primitifs, externes et internes, dont nous avons déjà signalé la présence. Enfin les petits ganglions lymphatiques qui siègent sur les vaisseaux sigmoïdes peuvent être envahis par le cancer et cet excès d'accolement en rendra forcément l'ablation difficile et dangereuse.

Il nous reste un dernier point à examiner, c'est la terminaison des artères du côlon iléo-pelvien. Comme pour le reste du gros intestin, les artères se divisent formant d'ordinaire une seule arcade d'anastomoses, quelquefois deux, et finalement elles donnent deux branches qui enserrent l'intestin comme dans une pince. Il en résulte la formation d'une longue chaîne d'anastomoses tout le long du côlon. On s'est demandé quelle était la valeur physiologique de ces anastomoses, et deux opinions contradictoires ont été émises.

Kümmel considère que les résections ou les blessures des artères de ce segment intestinal sont excessivement

dangereuses. C'est qu'en effet il pense que les artères sigmoïdes ne s'anastomosent pas entre elles. Donc, pour éviter la gangrène, il faudrait réséquer tout le côlon iléo-pelvien et une partie du côlon descendant.

Mais, en France, P. Duval a expérimenté la circulation du côlon iléo-pelvien, et il a montré que ces conclusions étaient exagérées. Pour cet auteur, il existe des anastomoses entre les sigmoïdes, mais elles sont situées à une certaine distance de l'intestin. La ligature d'une sigmoïde est sans danger. Dans un cas même, il a pu lier les trois sigmoïdes, et, en injectant la mésentérique inférieure, il a vu l'injection repasser dans le côlon iléo-pelvien par l'hémorroïdale supérieure et l'artère du côlon descendant. P. Duval conclut donc à l'inutilité des résections étendues proposées par Kümmel.

CHAPITRE II

Historique du traitement du cancer de l'S iliaque

Le cancer du gros intestin ne fut guère bien connu qu'au moment où la pratique des autopsies commença à se généraliser. Aussi son traitement demeura-t-il purement médical jusqu'à une époque assez rapprochée de nous. Les rapports mentionnés sur les interventions de l'antiquité ne sont pas assez clairs et assez explicites pour nous permettre d'affirmer que les chirurgiens du temps aient tenté la cure de cette affection. D'ailleurs, avant les études faites sur le cadavre, le diagnostic était impossible à faire et le pronostic était fatal. Longtemps le traitement fut même regardé comme impraticable et l'on se borna à essayer d'atténuer les souffrances des malades au moyen des calmants dont on disposait.

Au XVII[e] siècle seulement apparaît un **traitement palliatif**, l'**anus de Littre**, destiné à combattre les accidents d'occlusion. Beaucoup plus tard, on entreprit l'**opération curative**, la *résection intestinale*.

Pillore, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Rouen, crée, en 1776, un *anus artificiel cæcal*, pour un cancer haut situé sur le rectum. (*Premier mémoire d'Amussat en 1839.*)

En 1797, pour un cas d'obstruction intestinale, FINE, de Genève, tente une *entérectomie.*

En 1833 seulement, REYBARD, de Lyon, pour une tumeur de l'S iliaque, exécute la *résection du gros intestin suivie de suture circulaire*, opération qui fut suivie de succès, mais fut condamnée par les rapporteurs de l'Académie de Médecine.

Il est utile de rappeler d'ailleurs que l'hésitation des chirurgiens d'alors était justifiée par le manque de confort opératoire, si l'on peut ainsi s'exprimer : les propriétés anesthésiques du chloroforme étaient inconnues et les instruments, peu nombreux, étaient loin d'être perfectionnés ; de plus, l'antisepsie et l'asepsie étaient lettre morte. Les conditions désastreuses dans lesquelles on opérait expliquent les résultats très médiocres obtenus et le peu d'empressement que les chirurgiens mettaient à tenter une intervention quelle qu'elle fût. On se contentait de calmer les douleurs par les narcotiques et de cacher ainsi au malade la gravité de son état. Quelques opérateurs seulement combattent les accidents d'obstruction par l'*entérotomie* perfectionnée par NÉLATON. La plupart n'admettent même pas, en cas d'occlusion intestinale, l'anus artificiel.

En 1880 cependant PEYROT publie 77 opérations palliatives dont les résultats sont bien médiocres, mais moins désastreux cependant que ceux d'entérectomie pratiqués en Angleterre et en Allemagne.

On reste donc, en France, sur une prudente réserve, pendant qu'à l'étranger, au contraire, se continuent les tentatives. Grâce aux perfectionnements de la technique opératoire et au choix plus réservé des sujets, les succès

deviennent plus nombreux. En 1886, Michels publie des statistiques qui font époque.

Enfin en 1887, Camus, élève de Horteloup, préconise pour la première fois, en France, le traitement radical du gros intestin.

Puis Bloch, de Copenhague, sur 145 cas, publie 46 résections.

En Angleterre (Allingham et Paul) et surtout en Allemage (Billroth et ses élèves, Czerny, Kœrte), les chirurgiens publient leurs résultats.

En même temps, chez nous, Chavannez (1894) conseille, pour le traitement radical, le procédé en *plusieurs temps*. Artus, dans la même année, étudie le cancer du cæcum et Baillet consacre sa thèse à la *résection de l'anse iléo-cæcale*.

Au fur et à mesure que les interventions chirurgales se multiplient, les procédés opératoires se perfectionnent et les statistiques viennent encourager les efforts. Les opérateurs acquièrent de plus en plus d'expérience et font un choix plus judicieux des malades. C'est ainsi que les cachectiques et ceux dont l'affection est par trop ancienne, c'est-à-dire les inopérables, ne sont plus voués à une mort certaine et rapide par une intervention faite dans des conditions déplorables et trop tardive. Les méthodes d'investigation, en se précisant, permettent de faire un diagnostic de plus en plus précoce des affections cancéreuses, et la Médecine vient concourir à la réussite de la Chirurgie en lui présentant des malades en temps opportun.

L'année 1880 marque donc le commencement véritable d'une évolution dans le traitement chirurgical du cancer

de l'intestin ; on peut même dire que c'est à cette date qu'il commence à prendre la place qui lui convient. A partir en effet des merveilleuses découvertes de PASTEUR, *l'antisepsie* et *l'asepsie* viennent ajouter leurs effets bienfaisants à la hardiesse et à la virtuosité des opérateurs, Aussi la témérité des chirurgiens est de nouveau stimulée, et, à côté de tentatives malheureuses, les résections d'intestin pour cancer donnent des résultats encourageants. GÜSSEMBAUER et SCHEDE (1878) ; BAUM, GUYON et CZERNY (1880) BILLROTH, FISCHER, KRAUSSOLD (1881) ; MAYDL (1883) publient des observations de résection. DE BOVIS (*Rev. de Chir.*, Paris 1900) cite comme premier succès celui de GÜSSEMBAUER et de MARTINI en 1880.

En France, comme à l'étranger, on opte pour le traitement curatif et nous sommes loin de l'époque où *Desprès* (1874) pouvait déclarer que « *le traitement du cancer du gros intestin serait calqué sur celui du cancer de l'estomac, c'est-à-dire qu'il serait aussi inefficace dans un cas que dans l'autre* ». En effet les essais se multiplient et les réussites s'ajoutent les unes aux autres, en même temps que les méthodes opératoires se perfectionnent, deviennent plus rationnelles et plus appropriées à chaque cas.

Les communications aux diverses Sociétés de Chirurgie arrivent en foule. Les plus importantes à retenir sont : celles de **Wœlfler, Czerny, Billroth, Bier, Kronheim, Trendelenburg, Korte, Hochesegg, Bergmann, Eiselsberg, Knester, Baracz, Michels, Lavenstein,** en Allemagne ; celles de **Trèves, Paul Thompson, Allingham, Senn, Murphy, Musser, Lilienthal, Weir,** en Angleterre ou en Amérique ;

celles de **Bloch** et **Studsgaard** en Danemark ; celles de **Pavlovf, Boranhaupt, Veljaminovf, Vassilievf, Slifossovshy,** en Russie ; celles de **Storchi**, en Italie ; celles de **Lennander, Carlson, Borelins,** en Suède ; celles de **Kosinski** en Pologne ;celles de **Von Iterson** et **Van der Hoeven** en Hollande. Dans notre pays, **Camus, Bœckel, Reverdin, Jalaguier, Tillaux, Péan. Artus Chaput**, et, à une époque plus rapprochée, les observations de **Nélaton**, **Monprofit, Pellier**, élève de ce dernier, viennent augmenter le nombre des succès et modifier, en les perfectionnant, les procédés opératoires. La thèse de **Lardennois**, en 1899, est une mise au point remarquable de la question. Très partisan de l'intervention radicale il conclut : « La cure chirurgicale du cancer de l'intestin a été obtenue,comme la cure du cancer du rectum ou du cancer de la mamelle ; elle est donc possible à condition que la résection soit extrêmement large et très précoce.

« Quelque périlleuse que soit l'intervention, lorsque l'extirpation totale est possible, on doit la tenter. Le bénéfice qu'on est en droit d'espérer compense largement les risques.

« Dans ces dernières années d'ailleurs, grâce aux perfectionnements de la technique chirurgicale et de la méthode aseptique, la mortalité opératoire de l'entérectomie pour cancer s'est abaissée notablement.

« Les chirurgiens allemands surtout ont obtenu des résultats qui doivent encourager à tenter le salut de ces malheureux « condamnés à une mort certaine après un « long et douloureux martyre » (Wœlfler).

« Quand la cure radicale n'est plus possible, on peut encore beaucoup pour les cancéreux.

« Ceux-ci ne meurent pas, en effet, par suite des progrès de la néoplasie, ils sont presque toujours emportés par les accidents d'obstruction ou par les complications infectieuses.

« Le chirurgien peut combattre et souvent même prévenir ces complications par une opération palliative : l'entéro-anastomose, l'exclusion, l'anus contre nature.

« Le cancer de l'intestin, devant lequel la thérapeutique médicale reste impuissante et désarmée, doit entrer dans le cadre des affections chirurgicales. »

R. DE BOVIS (1000) fait une étude complète de la question : étude anatomo-pathologique du cancer, ses variétés et ses formes différentes ; étude clinique ; les différents procédés opératoires.

En 1903, le Congrès de Chirurgie expose les traitements **palliatifs** et **curatifs** du cancer de l'intestin ; on insiste sur les différentes variétés d'*exclusion*.

Plus récemment encore (février 1904) Monprofit publie un mémoire intitulé *Chirurgie du gros intestin*, où, après avoir passé en revue toutes les méthodes employées jusque-là, il expose la méthode nouvelle de l'*exclusion avec drainage de l'intestin ou le tout à l'intestin*. Elève de Monprofit, BARBARY étudie, dans sa thèse (1904), les cancers du gros intestin à l'exclusion du rectum, et s'étend sur le procédé opératoire de son maître.

En 1907 enfin, Okinczyc reprend, à son tour, l'étude clinique du cancer du côlon et semble incliner à croire que, dans un avenir plus ou moins lointain, en voyant

les progrès incessants de la chirurgie, le traitement du cancer de l'intestin se modifiera encore en se simplifiant.

Comme on le voit, les chirurgiens étrangers, anglais et allemands, surtout ces derniers, se sont montrés plus audacieux que les Français. En France, nous trouvons dans ces derniers temps, les observations de Routier (1901, obs. III), Guillet (1904, obs. V), Tixier (1907, 2 obs. VI et IX), Le Nouëne (1907, obs. X). A côté du traitement curatif du cancer de l'S iliaque par la résection, apparaît, depuis quelques années, le traitement par l'*amputation abdomino-périnéale*. Cette opération, préconisée d'abord dans les cancers du haut rectum est exécutée à différentes reprises, surtout par les chirurgiens lyonnais en cas de cancer de la portion therminale du côlon descendant.

CHAPITRE III

Traitements palliatifs proposés pour le cancer de l'S iliaque

Longtemps, nous l'avons vu, l'anus artificiel a été le seul traitement du cancer de l'S iliaque. Les chirurgiens intervenaient uniquement du reste pour parer aux symptômes graves d'occlusion intestinale. Cette opération est restée et elle vivra toujours. C'est une intervention simple que tout médecin doit savoir pratiquer et qui se propose uniquement de faire disparaître l'obstruction qui tuerait rapidement le malade. Les chirurgiens ont étendu ses indications, en la pratiquant, au cas de cancer de l'S iliaque ou du rectum, avant l'apparition des phénomènes d'obstruction, dans un but préventif. Ils obéissaient alors à la même idée qui dirige le bistouri lors de la gastrotomie, alors que le cancer de l'œsophage n'a pas encore amené un rétrécissement complet du canal empêchant toute alimentation. Vite on a remarqué que les malades opérés ainsi préventivement par création d'un anus artificiel présentaient une évolution plus lente et moins douloureuse de leur affection, la dérivation des matières fécales laissant au repos et à l'abri des irritations infectieuses les surfaces ulcérées du néoplasme. C'est ainsi que l'*entérostomie* de Nélaton est

devenue, non seulement le traitement d'urgence, mais le procédé de choix du cancer du rectum et de l'S iliaque. Tout le monde connaît la technique opératoire de l'*anus artificiel*. Il peut être fait en un temps ou en deux temps.

En un temps, s'il y a urgence de donner libre cours aux matières fécales et au gaz, la colostomie consiste, après ouverture de la paroi abdominale sur une longueur de quelques centimètres, à saisir une anse du gros intestin et à la suturer à la paroi. La colostomie peut se faire, suivant le siège du cancer, sur l'S iliaque, le cæcum, le côlon transverse. Le point important est de pratiquer l'abouchement de l'intestin à la peau au niveau d'une partie saine du gros intestin. Une série de points réunit l'anse intestinale au péritoine pariétal, les fils étant passés près du méso-côlon pour qu'il soit constitué un éperon ferme qui rendra impossible le passage des matières dans le bout inférieur. Pour plus de sécurité il est préférable de suturer l'intestin non seulement au péritoine, mais encore aux muscles et aponévroses de la paroi. Alors aux ciseaux, au bistouri, ou mieux au thermocautère, on ouvre l'intestin et l'opération se termine par la pose de quelques points de suture qui unissent les lèvres de la plaie intestinale à la peau.

Pour pratiquer l'anus artificiel en deux temps il suffit, suivant le procédé de Maydl-Reclus de sortir de la cavité abdominale une anse d'intestin et de traverser le mésentère par un tube de verre et de caoutchouc pour maintenir la partie herniée jusqu'à la formation d'adhérences. Les sutures ne sont pas absolument nécessaires, car l'intestin est déjà fixé à la paroi lorsque après trente-six ou

quarante-huit heures on incise sa face antérieure par le thermocautère ou un instrument tranchant. Cependant on peut, pour plus de prudence, placer quelques fils. On ne choisit le procédé en deux temps que si la situation ne présente aucune urgence d'intervenir et s'il n'y a aucun danger à attendre deux jours pour l'évacuation des gaz et des matières fécales.

L'anus artificiel se pratique plutôt à la partie moyenne du côlon descendant, si le diagnostic est fait de cancer du rectum ou de la partie terminale de l'S iliaque, ou au cæcum si les symptômes d'occlusion ne permettent pas de distinguer sur quelle partie du gros intestin porte l'obstruction. L'anus artificiel de l'intestin grêle comme celui exécuté suivant la méthode de Roux par incision médiane de l'abdomen répondent à des indications spéciales et rares. Quant à l'anus lombaire, les travaux de Verneuil et de Reclus l'ont pour aussi dire exclu de la pratique chirurgicale.

La côlostomie et le cæcostomie sont des opérations bénignes, surtout si elles sont pratiquées en deux temps. Cependant, comme elles sont souvent faites dans des cas d'extrême nécessité, elles gardent les risques immédiats de toutes les interventions d'urgence. La péritonite, le phlegmon stercoral, les hémorragies secondaires sont des accidents qui peuvent survenir du fait de l'opération pratiquée chez des sujets profondément déprimés. Nous connaissons un cas où, le neuvième jour, par un effort de toux, plusieurs anses intestinales firent hernie dans la plaie et déterminèrent une péritonite mortelle. L'état grave des malades qui subissent cette opération nous explique pourquoi une intervention

de clinique si simple donne une statistique assez chargée. Actuellement les chirurgiens n'ont recours à l'incision de l'intestin que dans les cas où une opération plus importante est impossible, soit à cause de la phase avancée de la maladie, soit à cause des symptômes d'occlusion. On peut dire que ce sont les mauvais cas qui relèvent de l'entérostomie. Aussi la statistique de Bloch, qui porte sur 90 cas, nous donne-t-elle 56 décès pour 100. Celle de De Bovis, sur 101 cas, accuse 38,6 morts. Plus récemment, au Congrès international de Bruxelles, les résultats suivants ont été publiés.

Voelcker (de Hadelberg) a exécuté 23 fois l'anus contre nature définitif de 1897 à 1906. Dans tous ces cas il s'agissait de cancers de l'S iliaque inextirpables à cause de leurs adhérences dans le petit bassin. 15 de ces malades étaient en état d'occlusion complète : 9 d'entre ces derniers succombèrent peu après l'opération. Au contraire, les 9 malades qui ne se trouvaient pas en état d'obstruction résistèrent tous à l'opération ; chez 6 d'entre eux l'anus fut établi en deux séances ; quant au siège de l'anus celui-ci fut établi 2 fois sur la partie terminale de l'iléon, 4 fois sur le cæcum et 17 fois sur le côlon descendant.

Hartmann a traité chirurgicalement, pendant ces douze dernières années, 140 cas de cancer du rectum. Dans 49 cas il a enlevé la tumeur, dans 91 cas il s'est borné à faire une côlestomie palliative. Les 91 cas d'anus artificiel ont donné 6 morts soit 6,5 pour 100 de décès. Hartmann fait remarquer que cette mortalité serait réduite à zéro si l'on appliquait la côlestomie aux mêmes cas que l'extirpation. Les opérés d'anus artificiel ont survécu de trois mois à cinq

ans, en moyenne un an. Le plus grand nombre a été très soulagé ; quelques-uns ont pu reprendre pendant quelque temps leurs occupations. Pour la plupart, ces malades ont été opérés dans des circonstances déplorables, avec sténose serrée, fistules cutanées ou intestino-vésicales, et on doit reconnaître que l'opération leur a été d'une grande utilité.

Nous pouvons conclure que l'anus iliaque reste une opération précieuse : 1e quand le sujet est inopérable par un procédé d'extirpation et peut cependant supporter une intervation rapide qu'il est même possible de pratiquer à la cocaïne; 2e dans les cas d'urgence où l'exclusion intestinale commande un détournement prompt des matières fécales par la création d'un abouchement intestinal à la paroi, qui restera définitif, ou permettra de faire plus tard une exérèse. Mais, à notre époque, le chirurgien ne saurait plus préconiser d'emblée l'entérostomie comme traitement systématique du cancer de l'S l'iliaque. La survie restreinte de cette intervation palliative, les ennuis de l'anus artificiel au point de vue social en font une opération de pis-aller qui doit céder le pas aux extirpations quand celles-ci sont encore permises par la localisation du néoplasme et l'état général du sujet.

A la Société de Chirurgie (novembre 1905), Terrier a insisté sur les avantages de l'*entéro-anastomose* qui permet d'éviter l'anus artificiel. Okinczyc, dans sa thèse inaugurale (1907) cite des observations de son maître Hartmann, en faveur de l'entéro anastomose, et préconise l'iléo-sigmoïdostomie dans certains cas où la tumeur est inextirpable, soit à cause de son volume et de sa propagation, soit à cause des lésions inflammatoires qui l'entourent. Il trouve que

l'opération de Lardennois « réalise le type d'une entéro-anastomose rapide et facile ».

Wassilievf, avait, le premier, en 1895, songé à l'iléo-rectostomie, mais son opération était compliquée. Lardennois au contraire, opérant uniquement par la voie abdominale, alors que Wassilievf combinait les voies abdominale et périnéale, a créé un procédé d'une exécution simple et courte. Barbary résume ainsi l'opération de Lardennois.

« Il se sert d'un bouton de Murphy modifié de telle sorte que les parties mâle et femelle, en s'articulant, touchent les tissus ; la partie femelle est fixée, selon la technique ordinaire, à l'anse que l'on veut anastomoser au rectum, soit anse symoïde, côlon, le plus souvent l'iléon. Un aide introduit dans le rectum le demi-bouton mâle avec une pince spéciale et le fait saillir dans le petit bassin. Sur la saillie que dessine le bouton mâle, le chirurgien applique alors le cylindre de la pièce femelle. L'articulation se fait facilement mécaniqnement, la paroi rectale ce trouve sectionnée, l'anastomose établie. La circulation intestinale peut s'effectuer aussitôt. Le procédé est rapide. De cette anastomose vivement exécutée sont justiciables des malades même très affaiblis .» L'élève de Monprofit donne à l'entéro-anastomose lès indications suivantes.

« 1° Dans les cas de cancer inopérable du côlon pelvien, de préférence à l'anus iliaque, elle rend les mêmes services que lui, et il sera toujours temps de recourir à ce dernier si l'anastomose venait à être obstruée par la prolifération cancéreuse.

« 2° Comme intervention palliative également dans le cas d'obstruction chronique due à une tumeur inopérable des

côlons, lorsque la faiblesse extrême, l'intoxication prononcée du malade écartent d'emblée l'idée d'entreprendre une intervention de quelque durée : cette anastomose qui ne demande pas beaucoup plus de temps que la côlestomie ou l'anus réalise un grand progrès puisqu'elle supprime tous les inconvénients de celui-ci en en conservant les avantages.

Il faut citer encore comme opération palliative au cas de cancer de l'S iliaque l'*exclusion* de la partie malade. On pourrait dire de cette intervention qu'elle est née de l'entéro-anastomose de Maisonneuve. Celle n'est-elle pas le moyen le plus simple de mettre au repos une ou plusieurs anses intestinales comprises entre les orifices de communication créés par le chirurgien ? Dans l'exclusion la dérivation du contenu intestinal est obtenue plus complètement. Cette opération proposée par Salzer d'Utrecht, à la suite de ses expériences sur les chiens, étudiée par Reichel puis Klecki, et exécutée par Hochenegg, Von Eiselsberg, von Barac consiste à supprimer l'anse malade de la circulation intestinale en réalisant au-dessous d'elle le cours des matières par entéro anastomose ou entérorrhaphie.

L'exclusion a été étudiée en détails dans la thèse de Lance en 1903. Elle comprend un grand nombre de procédés qui ont pour but ou d'exclure une anse intestinale complètement, en l'abandonnant dans la cavité abdominale, après fermeture de ses deux bouts (exclusion totale) ou de l'exclure partiellement, en abouchant à la paroi abdominale l'un ou les deux bouts de l'anse herniée (exclusion partielle). L'exclusion totale est désormais condamnée, à cause du danger qu'il y a à laisser dans la cavité périto-

néale cette « bombe intestinale » selon l'expression de Monprofit. Reste l'exclusion partielle qui a été perfectionnée par Monprofit, la fixation de l'anse exclue étant faite par lui à une autre anse intestinale au lieu d'être pratiquée à la peau. Le professeur d'Angers a réalisé ainsi « le tout à l'intestin », et dans son procédé les secrétions physiologiques et pathologiques suivent la voie intestinale.

Rousse dit avoir, dans un cas, tellement amélioré son malade par l'exclusion, qu'il put ensuite exécuter une opération radicale. Il est certain que les lésions inflammatoires peuvent être guéries complètement par ce procédé qui, d'autre part, empêche l'absorption des toxines du contenu intestinal par les surfaces ulcerées du néoplasme. Cependant cette opération n'a pas en France la vogue dont elle jouit en Allemagne. On lui reproche d'être une intervention longue, presque aussi laborieuse que la cure radicale par entérectomie. L'entéro-anostomose, dit-on, donne, à moins de frais, les mêmes avantages.

CHAPITRE IV

Traitement radical. — Entérectomie

Le professeur Hartmann s'exprime ainsi au sujet du traitement du cancer de l'S iliaque par l'exérèse. « Nous sommes, sur quelques points encore un peu hésitants. Les quelques opérations que nous avons faites ne nous permettent pas d'émettre une opinion définitive. Il y a toutefois un certain nombre de faits qui nous semblent actuellement acquis et que nous chercherons à dégager, avouant nos hésitations pour ceux qui ne nous semblent pas encore tranchés. Peut-être l'avenir modifiera-t-il nos conclusions ; dans l'état actuel, la ligne de conduite que nous préconisons, *l'opération en deux temps,* nous paraît la plus prudente malgré sa complication apparente. Il est incontestable qu'avec ces opérations en plusieurs temps, le traitement est plus long et que le malade, a pendant un certain temps, tous les inconvénients d'organes contre nature. Mais, comme le fait observer Mikuliez, ces inconvénients sont compensés par la sécurité et l'inocuité de l'opération. »

Okinczyc, en rapportant ces paroles de son maître Hartmann, cite les chiffres de lourde mortalité accusés par les chirurgiens qui ont pratiqué la *colectomie en un temps*, Kœrti, 53,8 0/0. Czerny, 44,4 0/0, Kœnig 33 0/0, Krœnlein, 50 0/0. Wœfller, 54 0/0, de Boas 60 0/0. Cependant

Okinczyc pense que les dernières observations publiées peuvent, à cause des succès qu'elles rapportent, faire songer encore à la légitimité de la résection en un temps.

Le traitement du cancer du côlon par la *résection suivie de la suture termino-terminale* peut s'appeler *l'opération de* Reybard et tous les chirurgiens conseillèrent comme l'idéal de l'exécuter. La prudence les retient pour la plupart car, nous l'avons vu plus haut, c'est une intervention d'une gravité immédiate incontestable.

Celle-ci résulte de plusieurs causes.

D'abord le gros intestin présente un milieu plus septique que le reste du tube digestif. Il n'y a pas grand danger à ouvrir l'intestin grêle au cours d'une entéro-anastomose ou d'une gastro-entérotosmie, et le contenu du tube digestif qui peut souiller le péritoine n'occasionne presque jamais de complications septiques. Au contraire, le gros intestin, du fait qu'il renferme des matières fécales et peut-être parce que les matières qui y sont contenues y séjournent plus longtemps, ne saurait être, sans grands risques, ouvert dans la cavité abdominale. Les pinces à coprostase, malgré le grand avantage qu'elle présentent ne peuvent, préserver complètement le péritoine du contact dangereux du contenu du gros intestion.

Le côlon est fixe, difficile à extérioriser. Dans la résection de l'S iliaque, le bout inférieur très peu mobile reste loin de l'opérateur au fond du petit bassin, et les sutures sont pénibles et menacent d'être tiraillées.

La tranche de section, après l'extirpation d'un cancer du côlon, est large, nécessite de nombreux points de suture, et le péritoine si utile pour l'affrontement n'existe pas

en arrrière, là où le tissu cellulo-graisseux est épais, entre les deux lames de péritoine qui forment le méso-côlon.

Enfin Okinczyc insiste sur la pauvreté du côlon en vaisseaux, sur « la suppléance artérielle moins assurée par des anastomoses en arcades étagées ».

Aussi la prudence a conduit quelques chirurgiens à se défier de la suture et à préférer à l'opération idéale l'abouchement des deux extrémités de l'intestin sectionné à la paroi abdominale. C'est le procédé de Volkman. Il offre le grand inconvénient de laisser un anus artificiel et, de plus, n'est pas toujours applicable quand on a pris une large exérèse, les deux bouts de l'S iliaque se laissent attirer difficilement à la paroi.

Nicoladoni avait eu l'idée, dès 1887, de réunir les deux extrémités du côlon par une anse réséquée de l'intestin grêle conservée avec son mesentère. C'est une intervention ingénieuse mais compliquée et grave.

Il est difficile de faire au niveau de la partie terminale du gros intestin ce qui se pratique volontiers sur les autres parties du tube digestif, la fermeture des deux bouts de l'intestin et l'entéro-anastomose à distance ou la fermeture de l'un des bouts et la transplantation de l'autre. Dans ces différentes manœuvres opératoires, la brièveté et la fixeté du bout inférieur créent de grandes difficultés. Cependant dans la méthode devenue classique de Lardennois, il est possible, après la résection du côlon, de fermer les deux tranches intestinales et d'établir une entéro-anostomose par le bouton.

La plupart des chirurgiens se sont résignés à laisser un anus définitif, les uns comme Madelong abandonnent dans

le ventre le bout rectal fermé en bourse, les autres comme dans le *procédé abdomino-périnéal* si bien décrit par Quénu faisant dans la même séance ou après quelques jours l'extirpation de ce cul-de-sac rectal par la voie périnéale.

Ce procédé d'amputation abdomino-périnéale est devenu une méthode de choix. Réglé par Quénu il a été systématiquement employé par beaucoup de chirurgiens dans les cancers du haut rectum et de la partie inférieure de l'S iliaque. Il a donné de très beaux succès et la Société de Chirurgie de Lyon a rapporté encore récemment de nombreuses observations de malades guéris depuis plusieurs années par *l'amputation abdomino-périnéale en deux temps*.

Mais, comme le fait remarquer Lardennois, toutes les méthodes qui laissent un anus iliaque sont passibles d'un grand reproche. « Etre fatalement condamné à cette triste sujétion de l'anus contre nature, rester exposé à toutes les misères et à tous les accidents consécutifs, c'est payer assez cher la prolongation souvent limitée de l'existence. » Du reste l'amputation abdomino-périnéale est une opération d'une certaine gravité puisque au Congrès de 1908 de la Société internationale de Chirurgie, Voelker déclare que, chez la femme, la mortalité est de 15 0/0 et, chez l'homme, de 40 à 50 0/0. Hartmann au même Congrès rapporte trois amputations abdomino-périnéales avec deux décès.

Quelques chirurgiens se sont hasardés à pratiquer la *résection de l'S iliaque* pour cancer et à faire, malgré ses difficultés, la *suture* des tranches intestinales *bout à bout* La plupart, à l'exemple de Hartmann, ont pratiqué l'opération en deux temps et même en trois temps, faisant précé-

der la résection de l'établissement d'un anus cæcal ou iliaque qui est ensuite fermé soit au moment de l'opération radicale, soit dans une intervention ultérieure. Voici comment Okinczyc décrit l'opération de son maître :

Premier temps. — Ablation de la tumeur et fixation des deux bouts dans la plaie. L'anse portant la tumeur est extériorisée. En se tenant aussi loin que possible de la tumeur, on réunit par un surget non perforant à la soie les surfaces séreuses au contact de l'anse afférente plus longue et de l'anse efférente plus courte. « Ce surjet doit être assez long pour que l'anse une fois fixée hors du ventre, la moitié du surjet demeure intra-abdominale et l'autre moitié extra-abdominale... L'anse ainsi disposée en canon de fusil est alors fixée à la place abdominale par un surjet séro-séreux circulaire. Puis, l'intestin n'ayant pas encore été ouvert, le ventre est fermé au-dessus et au-dessous de l'anse extériorisée par un surjet ou par des points séparés comprenant le péritoine et les plans musculo-aponévrotiques. Le bout efférent est alors écrasé, lié et sectionné aussi loin que possible de la tumeur et assez près de la paroi abdominale.

Le bout afférent est traité à son tour : entre deux pinces on le sectionne assez loin de la plaie pariétale. Il est lié sur un tube de Paul muni d'un long tube de caoutchouc qui assure l'écoulement des matières dans un vase sans contamination possible de la plaie ni même du pansement. D'une manière générale ce tube tombe au bout de cinq à six jours.

Deuxième temps. — *Cure de l'anus artificiel.* Trois semaines suffisent ordinairement pour permettre au malade

de reprendre ses forces et à l'intestin de revenir sur lui-même après sa désinfection complète et la désintoxication de l'organisme. L'anus circonscrit dans une incision ovalaire est alors traité comme une hernie ombilicale étranglée, à la Condamine. Le champ opératoire est limité étroitement et l'intestin est sectionné entre des clamps. On termine par la combinaison d'une fermeture des deux bouts et l'établissement d'une anastomose latérale suivant les procédés habituels.

Récemment quelques observations ont été rapportées de *colectomies en un temps* avec résultat heureux.

Il est difficile de fournir pour l'opération en un temps comme pour l'opération en deux temps des statistiques exactes des résultats de la résection. Les auteurs ont confondu souvent les tumeurs de l'S iliaque avec celles du côlon transverse et même du cæcum. Nous avons rapporté les observations que nous avons pu classer pour cancers de l'S iliaque.

Les cas les plus nets sont ceux qui ont été rapportés au Congrès de Bruxelles (1908). Voelker relate qu'il a pratiqué 50 fois la résection pour cancer de l'S iliaque, 14 fois on fit un anus artificiel préalable ; 5 de ces malades succombèrent à la suite de l'opération, 8 guérirent *per primam* avec une fistule stercorale. Des 36 malades réséqués sans établissement préalable d'un anus contre nature, 19 moururent des suites de l'opération, 10 guérirent *per primam* et 7 avec une fistule stercorale. De ces 17 malades 7 ont succombé ultérieurement à des récidives et 10 opérés depuis plus de trois ans étaient encore en bonne santé et sans récidive en 1908, soit une guérison durable de

28 0/0. En un mot, la résection est grave mais semble donner des résultats durables.

Tixier trouve qu'il y a avantage à opérer en deux temps séparés par un intervalle de quinze à vingt jours. Il insiste sur l'utilité de faire en même temps, chez la femme, une *hystérectomie abdominale totale*, de façon à se faire du jour et à établir un large drainage en recouvrant les surfaces suturées du vaste lambeau vésico-vaginal.

Tixier et les Lyonnais avaient déjà insisté sur l'utilité de l'hystérectomie totale comme complément de l'opération du cancer du rectum par l'amputation abdomino-périnéale. Il semble bien qu'il y ait là une précieuse ressource pour la résection. La présence de ce dôme formé par le lambeau péritonéal vésico-utérin, et la possibilité de drainer par le vagin, en isolant la ligne de sutures de la grande cavité péritonéale, permettraient peut-être plus facilement de risquer la résection du côlon en un temps.

Okynczyc cite dans ces dernières années plusieurs observations de résection en un temps suivies de guérison.

« Les remarquables statistiques de Littlewood (Obs. VII) en 1903, de Bilton-Pollard (Obs. VIII) et de Morton en 1904, de Pauchet, en 1905 et de Bakès en 1906 forment une série presque ininterrompue de succès par la colectomie en un temps.

« Littlewood publie 14 colectomies avec 10 guérisons ; Bilton-Pollard vient ensuite avec 7 colectomies et 7 guérisons.

« Morton sur une série de 7 colectomies, toutes suivies de guérison, pratique deux fois la colectomie en un temps en dehors de l'occlusion.

Pauchet, en 1905, communique au Congrès de Chirurgie 6 cas, de colectomies en un seul temps et cet auteur considère cette intervention comme l'opération de choix dans les tumeurs extirpables non compliquées d'occlusion.

« Enfin tout récemmemt Bakès dans un article fort intéressant publie 10 cas de colectomies en un temps avec 10 guérisons. »

Ajoutons l'observation de Le Nouëne (1907), Obs. X).

OBSERVATION I

(Schiller. — *In* thèse Lardennois. *Traitement du cancer du gros intestin*, 1899, p. 151.)

Cancer de l'S iliaque

Le malade, âgé de cinquante-quatre ans, souffre depuis quinze ans, d'hémorroïdes, et, depuis deux ans, de melæna à cause d'hémorroïdes ; il est, de plus, atteint de diabète sucré depuis six ans. En septembre 1894, il ressent des coliques violentes avec constipation.

En avril 1895, il est pris soudainement de douleurs lancinantes très vives dans l'hypogastre gauche, et à l'examen on note une tumeur mobile du côlon de la grosseur d'une pomme.

Les urines contiennent du sucre, mais pas d'albumine.

Opération 22 juin 1895. — Incision au niveau de la fosse iliaque ; on tombe sur une tumeur située à la partie inférieure de l'anse sigmoïde. *Résection*, *entérorraphie circulaire*, drainage à la gaze iodoformée.

L'examen de l'intestin réséqué indique l'existence d'un carcinome.

Suites opératoires bonnes ; première selle le quatrième jour.

16 juillet. — Le malade quitte la clinique, et, en août 1896, il est encore bien portant et ne présente aucun trouble digestif.

OBSERVATION II

(Schiller. — *Beitrage für Klinische Chirurgie*, 1896, p. 603). (*In* thèse Lardennois. *Traitement du cancer du gros intestin*, 1899, p. 149.)

Cancer de l'S iliaque

Le malade, âgé de cinquante-six ans, souffre depuis dix à douze ans de troubles digestifs et de constipation. Il éprouve une amélioration à la suite d'une cure à Carlsbad. Depuis l'hiver de 1892, il ressent des douleurs abdominales très vives, la constipation augmente avec selles sanglantes et melæna, l'appétit a presque disparu, et le malade consulte le professeur Czerny le 27 juin 1893. Dans la fosse iliaque gauche on sent une tumeur parallèle à l'arcade crurale et douloureuse au palper ; le reste du ventre est ballonné, mais les autres viscères sont sains.

30 juin. — *Opération* ; incision de 15 centimètres parallèle à l'arcade crurale. On tombe sur une tumeur de l'S iliaque avec adhérences au grand épiploon et au péritoine. On fait une *résection* de la partie malade, avec *entérorraphie circulaire et suture de la paroi* par trois étages de soie ; l'opération dure trente minutes.

La portion intestinale réséquée a 15 centimètres de long ; elle présente vers son milieu un carcinome circulaire de 4 à 5 centimètres de hauteur, occupant les diverses tuniques de l'intestin ; dans le méso se trouvent cinq à six ganglions mous, de la grosseur d'un haricot.

Les suites de l'opération sont favorables : le 7 juillet, le malade a une première selle ; le 27 il quitte la clinique en pleine guérison.

OBSERVATION III

(Routier. — *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 9 janvier 1901.)

Cancer colloïde de l'intestin correspondant avec une salpingite gauche. — Ablation de la salpingite et résection de 14 centimètres de l'S iliaque. — Guérison.

La pièce que j'ai l'honneur de vous présenter est formée par 14 centimètres de l'S iliaque d'une jeune femme de dix-huit ans ; j'ai été amené à pratiquer cette résection dans les circonstances suivantes.

Dans les premiers jours de novembre 1900, je fus appelé auprès de cette jeune femme pour parer à des accidents d'occlusion ; mais dès que je l'eus examinée, il me fut facile de me convaincre que cette occlusion était bien incomplète ; les garderobes étaient difficiles, mais jamais il n'y avait eu arrêt complet des gaz : le ventre était douloureux, non ballonné, la douleur maxima était à gauche, et on parvenait non sans peine à

découvrir une tuméfaction dans la profondeur de l'hypocondre gauche.

Les accidents semblaient avoir débuté à la suite d'une fausse-couche remontant à deux ans ; longtemps elle avait été soignée pour une métrite, on avait même dit salpingite.

Le toucher me fit reconnaître un utérus peu mobile, se continuant à gauche avec une tumeur qui paraissait bien annexielle ; on ne sentait rien à droite.

Je posai donc le diagnostic de salpingite unilatérale gauche, comprimant sans doute l'intestin, d'où la pseudo-occlusion contre laquelle on avait eu à lutter, depuis juillet surtout.

Jamais dans les matières fécales on n'avait remarqué rien d'anormal et surtout jamais de sang.

Je proposai l'ablation de cette salpingite, qui fut acceptée. La malade fut purgée à l'huile de ricin qui passa parfaitement, et qui provoqua des évacuations abondantes, ce qui sembla confirmer mon diagnostic.

6 novembre. — Je procédai à l'opération en présence du Dr Sainton, so nmédecin.

Laparotomie sur plan incliné ; à gauche de l'utérus, gros paquet formé par les annexes gauches qui paraissent entourer l'S iliaque. Libération pénible : la trompe me semble être tuberculeuse, ce qui nous surprend d'autant moins qu'il existe dans la famille des antécédents.

Mais une fois les annexes gauches enlevées, je m'aperçois que l'S iliaque forme un volumineux cylindre dur, noueux, que je mobilise avec peine, et que je pense être aussi tuberculeux.

Je *résèque* 14 centimètres d'intestin et je pratique ensuite la *suture bout à bout* à la soie.

Le petit bassin avait été un peu malmené pendant la libération des annexes et de l'S iliaque : plusieurs points étaient saignants ; je crus plus prudent de drainer, et aussi pour obvier à la possibilité d'une fistule intestinale, drainage que j'établis par le vagin avec deux drains et deux mèches.

Les suites furent des plus simples; opérée le 9, elle rendait des gaz le 11, et avait le 16 une garde-robe spontanée.

J'enlevai les drains et les mèches, et je croyais tout fini ; mais, vers le 22, elle commença à faire des élévations de température tous les soirs, sans qu'il me fût possible d'en trouver la cause dans l'état local.

Cependant elle perdit du pus par le vagin vers le 28.

2 *décembre*. — Je remis en place les drains vaginaux et j'évacuai du pus ; nous eûmes huit jours d'accalmie, mais les accès fébriles reparurent.

Cependant elle se levait et partait même pour le Midi, où elle a eu encore une ou deux fois des poussées de température qui ont, paraît-il, tout à fait cessé, et elle va bien.

J'ai cru que ces poussées fébriles étaient dues à l'évolution de la tuberculose, mais l'examen de la tumeur par M. Courcoux, contrôlé par M. Brault, nous apprend qu'il s'agit d'un épithéliome mucoïde. Voici du reste la note qui m'a été remise par M. Courcoux.

Pièce provenant de la résection du gros intestin
Examen histologique vérifié par M. Brault

L'examen n'a pu porter que sur la couche musculeuse, la muqueuse ayant subi des lésions de cadavérisation. La couche

musculeuse est dissociée et envahie par une quantité de cellules épithéliales formant des bandes allongées entre les faisceaux musculaires, ou d'autres fois réunies en amas.

Ces cellules ont un aspect vésiculeux très net, leur noyau déformé, elliptique, est rejeté à la périphérie de la cellule, dont la cavité est remplie d'un exsudat d'aspect mucoïde.

Cette sécrétion est si abondante dans certaines cellules, qu'elles ont éclaté. La fusion de ces produits de sécrétion donne en certains points des sortes de lacs de mucus formant de grandes vésicules séparées par des fibrilles conjonctives. Dans ces vésicules on trouve encore à la périphérie les noyaux des cellules dégénérées.

La couche musculeuse transversale semble moins atteinte. Le tissu conjonctif sous-jacent est envahi ; on y retrouve le même aspect d'aréoles remplies de mucus avec des restes de cellules épithéliales.

Les vaisseaux sont épaissis.

Conclusion. — La pièce que nous avons examinée est un épithélioma mucoïde de l'intestin.

OBSERVATION IV

(*In* thèse Barbary, 1904, p. 88.)

Tumeur du côlon descendant. — Occlusion intestinale. — Résection du côlon descendant avec suture circulaire bout à bout. — Récidive sur place. — Nouvelle occlusion intestinale. — Sigmoïdo-colostomie ascendante. — Guérison opératoire.

M. le Dr F..., âgé de soixante-dix ans.

occlusion d'une tumeur du côlon descendant et *réunion bout à bout par suture circulaire.* Guérison.

Au bout de dix-huit mois, récidive sur place et nouvelle crise d'occlusion intestinale.

Deuxième intervention. Entéro-anastomose entre le côlon ascendant et l'anse sigmoïde.

Guérison de l'occlusion intestinale. Mort cinq mois après, de cachexie. Fonctionnement parfait de l'anastomose jusqu'à la mort.

OBSERVATION V

Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris, 30 novembre 1904

Epithélioma du côlon descendant. — Résection de l'intestin. — Entérorraphie circulaire. — Guérison datant de vingt mois, par M. le Dr Guillet professeur à l'Ecole de médecine de Caen. —. Correspondant national.

La discussion actuellement en cours sur les résections du gros intestin m'engage à vous communiquer un fait de résection du côlon descendant pour épithélioma.

Le nommé M..., ouvrier tanneur, demeurant à Aunay-sur-Odon, âgé de cinquante-cinq ans, vient me consulter au commencement de mars 1902.

Depuis deux mois, cet homme a eu, à diverses reprises, des hémorragies intestinales, que son médecin attribue à des

hémorroïdes. Il ne ressentait aucune douleur dans l'abdomen et allait assez régulièrement à la garde-robe, lorsqu'il y a cinq ou six jours il fut pris de violentes coliques avec ballonnement du ventre et impossibilité de rendre ni matière, ni gaz par l'anus. Cette crise, qui s'accompagna de vomissements alimentaires et bilieux dura environ vingt-quatre heures, au bout desquelles il commença à rendre quelques gaz et put enfin avoir une selle assez abondante, avec une notable proportion de sang.

Depuis lors les garde-robes sont régulières, mais un peu douloureuses, et elles contiennent chaque fois une légère proportion de sang.

Le malade, dont les antécédents ne présentent rien de particulier, est un homme petit et maigre. Il a maigri un peu, dit-il depuis quelques mois ; ses forces ont un peu diminué ; il a cependant pu continuer son métier pénible jusqu'à la dernière semaine qui précède sa visite.

L'abdomen est plat, facile à examiner. Il n'existe nulle part d'empâtement, de masse appréciable à la palpation. Mais celle-ci fait reconnaître l'existence d'une douleur nettement localisée à la partie inférieure du flanc gauche. Pas d'hémorroïdes. Toucher rectal négatif. Rien par ailleurs.

Diagnostic : néoplasme probable du gros intestin siégeant au niveau du flanc gauche.

Opération 15 mars 1902. — Laparotomie médiane. Le palper fait reconnaître l'existence d'une petite tumeur siégeant sur le côlon descendant, un peu au-dessus de l' S iliaque. L'anse est facilement attirée en dehors du ventre.

Résection de 7 à 8 centimètres d'intestin.

Entérorraphie circulaire à double plan, avec de la soie fine.

Opération. — Première intervention. *Résection* en pleine

Suites opératoires excellentes. Dès le lendemain, émission de gaz par l'anus, aucune douleur, pas de fièvre.

Le malade sort de la clinique au bout de trois semaines. J'ai eu occasion de le revoir plusieurs fois depuis son opération, la dernière fois il y a un mois, il va bien, n'éprouve aucune difficulté pour aller à la garde-robe, et n'a plus eu d'hémorragie. Le ventre est souple, nullement sensible ; on ne sent aucun empâtement.

L'état général est bon.

L'*examen histologique* de la pièce, fait par le Dr Gosselin, a démontré qu'il s'agissait d'un épithéliome tubulé. Celui-ci se présentait avec la configuration suivante : la tumeur du volume du pouce était implantée sur la paroi du côlon sur une étendue d'environ 3 à 4 centimètres et faisait une saillie notable dans le canal intestinal ; elle présentait une hauteur de 4 à 5 centimètres. On comprend que cette saillie ait pu gêner le passage des matières et des gaz et déterminer une crise légère d'occlusion qui a amené le malade à consulter à une époque à laquelle l'opération pouvait être faite dans de bonnes conditions.

OBSERVATION VI

(Tixier. — Société de Chirurgie de Lyon, 24 février 1907.)

Cancer sténosant du bas côlon pelvien. — Résection. — Suture bout à bout. — Anus cæcal. — Mort.

Mme L..., de Jallieu (Isère), présentait depuis quelques semaines des phénomènes d'obstruction chronique. La marche de la

maladie, l'aspect de la malade, son âge étaient en faveur d'un cancer. La dilatation extrême du cæcum et du côlon faisaient préciser le siège au niveau du côlon pelvien ; cependant le doigt introduit dans le rectum ne sentait rien.

La malade acceptait une intervention, mais me faisait promettre de tout tenter pour lui éviter un anus contre nature définitif. J'ai eu tort de vouloir tenir mon engagement. Malgré des purgations répétées, des lavements, etc., la malade était encore en obstruction lorsque j'intervenais.

Par une large laparotomie médiane, je reconnus bientôt un cancer sténosant siégeant au niveau du haut rectum ; il était bien limité, je me décidais à la réséquer. Ceci fut rapidement exécuté, puis, la malade étant dans l'inversion forcée, avec la grande valve de Doyen sus-pubienne, pour me dégager le champ opératoire, je pratiquais à points séparés une *entérorraphie circulaire* à deux plans de sutures. J'y arrivais très complètement, malgré l'utérus qui constamment me gênait en avant, et la difficulté en arrière de recouvrir de séreuse la paroi postérieure du rectum.

Enfin, pour soulager pendant quelques jours mes sutures, j'établissais un anus cæcal transitoire et fermais complètement le ventre. L'opération fut bien supportée et la malade n'eut pas trop de shock. Malheureusement, son intestin parésié ne voulut pas fonctionner, et des phénomènes persistants d'occlusion intestinale déterminèrent la mort au quatrième jour. Je n'ose pas nier un certain degré d'infection pelvienne, car la malade eut, le lendemain de l'opération, 38°2 et un pouls rapide, mais surtout l'opération était trop grave et trop longue pour une femme de soixante-cinq ans opérée en obstruction.

OBSERVATION VII

(Littlewood. — *In* thèse Okinczyc, 1907.)

Homme, cinquante-deux ans. Tumeur de la partie supérieure de la flexure sigmoïde. On trouve en un point une ulcération et un pépin d'orange y est engagé. Depuis douze mois le malade se plaint de douleurs et de constipation. Huit mois auparavant, violente attaque de douleurs et de vomissements.

On ne peut trouver la cause de l'obstruction. On soupçonne une tumeur maligne du côlon. L'obstruction ne cède pas aux remèdes ordinaires.

Opération, 18 décembre 1900. — Incision médiane. On trouve une tumeur de la partie supérieure de la flexure sigmoïde ; 4 pouces d'intestin sont enlevés.

Suture bout à bout. Guérison.

L'examen montrait l'ulcération qui eût abouti à la péritonite mortelle.

OBSERVATION VIII

(Bilton-Pollard. — *In* thèse Okinczyc 1907.)

H..., soixante-quatre ans. Cancer de la partie inférieure de la flexure sigmoïde et de la partie supérieure du rectum.

La tumeur est intra-pelvienne et envahit le méso-rectum. Pas de ganglions.

Crises de douleurs violentes de l'abdomen, débutant neuf mois avant l'opération. Elles sont quotidiennes. Elles surviennent après alimentation et surtout alimentation solide. Perte de

l'appétit depuis sept mois. Les selles contiennent souvent du sang. Constipation depuis six mois.

On ne trouve pas de tumeur par la palpation de l'abdomen. On ne trouve pas de tumeur dans le rectum, mais, à trois reprises, je pus sentir à travers le rectum une tumeur occupant la partie supérieure du pelvis du côté gauche.

Opération, 28 janvier 1903. — Incision basse et descendant sur la ligne semi-lunaire. Le méso-côlon sigmoïde et le méso-rectum sont liés et sectionnés et la tumeur est sortie de l'abdomen. La tumeur sectionnée à 2 pouces sur l'intestin sain est enlevée.

Suture bout à bout à deux rangs de sutures à la soie. Plaie abdominale fermée complètement.

Suites immédiates. — Guérison ininterrompue et complète.

Suites éloignées. — 30 octobre 1903, neuf mois après l'opération, le malade est tout à fait bien. Fonctionnement parfait de l'intestin, sans douleurs ni malaise. Il peut faire ses affaires, (Pièce au Musée de l'University College.)

OBSERVATION IX

(Tixier. — *Bulletin de la Société de hirurgie de Lyon.* 21 novembre 1907.)

Cancer sténosant du haut rectum. — Hystérectomie abdominale totale permettant l'entérectomie et l'entérorraphie circulaire. — Rétablissement des fonctions intestinales normales. — Guérison.

Je vous présente cette malade dont la bonne mine et l'état

actuel très satisfaisant contrastent avec la gravité de l'affection pour laquelle j'ai dû lui faire subir, il y a six mois, la redoutable intervention dont je vais vous rapporter les détails.

Il s'agissait d'un femme de cinquante-huit ans, reçue le 5 juin 1907, dans le service de M. le professeur Auguste Pollosson que j'avais alors l'honneur de suppléer. Elle était venue à l'hôpital pour des troubles intestinaux progressifs; depuis un an elle souffrait d'une constipation opiniâtre, parfois entrecoupée de débâcles diarrhéiques. Elle avait constaté des glaires et même du sang dans ses selles. Une douleur lancinante attirait l'attention vers la fosse iliaque gauche.

Cependant une exploration attentive et plusieurs fois répétée n'avait pas permis de percevoir la moindre tuméfaction à ce niveau. De même le toucher rectal, poussé aussi haut que possible, n'avait révélé aucune tumeur. Par le toucher vaginal les organes pelviens paraissaient sains.

L'histoire clinique de la malade, l'amaigrissement considérable qu'elle accusait, permettaient d'affirmer l'existence d'un cancer du gros intestin. A cause de la douleur à gauche, de la dilatation certaine du cæcum, on pouvait présumer qu'il siégeait à gauche sur le côlon ou sur le haut rectum.

Malgré l'âge de la malade (cinquante-huit ans), malgré la présence d'albumine dans les urines, je me décidai pour une intervention radicale.

Je l'exécutais le 15 juin. Grande laparotomie médiane en position inversée. Large valve sus-pubienne de Doyen. Je constate que l'S iliaque est très dilaté et qu'une tumeur dure, sténosante, existe dans le pelvis à l'union du côlon et du rectum.

Immédiatement *hystérectomie abdominale totale* avec abla-

tion des ovaires, dont le gauche est adhérent à la tumeur. J'ai soin de conserver un grand lambeau péritonéal antérieur dont vous reconnaîtrez dans un instant l'utilité.

Puis me portant sur le néoplasme intestinal, je sectionne le côlon en tissu sain, entre deux clamps, et, décollant progressivement le méso-côlon et le méso-rectum, j'arrive à dépasser en bas la tumeur. Je sectionne le rectum en tissu sain.

A ce moment il reste du rectum une longueur saine correspondant à la longueur de l'index. En effet, faisant mettre le doigt d'un aide dans l'anus, je m'aperçois qu'il affleure la section supérieure du rectum.

Cette entérectomie faite, je libère autant que je puis le côlon descendant et j'arrive à mettre bout à bout le côlon et le rectum anal. Au fond du pelvis, grâce au jour énorme que m'a donné l'ablation préalable de l'utérus, j'arrive à pratiquer une *entérorraphie circulaire* à la soie et à points séparés. Une fois la continuité du tube digestif rétablie, je suture avec soin mon grand lambeau péritonéal antérieur aux parois postérieures du pelvis et à l'S iliaque au-dessus de ma ligne de suture. Mon entérorraphie se trouve ainsi enfoncée sous un revêtement péritonéal continu qui le sépare du grand péritoine : le pelvis est tout naturellement drainé par le vagin largement béant et dans lequel est laissée une simple mèche de gaze.

Fermeture totale du ventre et établissement d'un anus cæcal de sûreté.

Les suites opératoires furent remarquablement simples ; jamais je n'eus de crainte de réaction péritonéale. Et cela, malgré l'apparition momentanée d'une fistule stercorale vaginale, laquelle, grâce à la sécurité du procédé opératoire que je préconise, n'a jamais produit aucune réaction péritonitique.

Le grand lambeau péritonéal l'a toujours isolée du grand ventre.

Peu à peu les fonctions intestinales se sont rétablies normalement par l'anus, et l'anus artificiel cæcal, que j'avais établi comme dérivation momentanée, s'est spontanément rétracté. Actuellement il laisse de temps à autre passer quelques liquides intestinaux.

Actuellement, au toucher rectal, on sent à bout de doigt un anneau souple recouvert d'une muqueuse normale représentant le siège de la suture intestinale bout à bout.

Voici la pièce anatomique que j'ai enlevée ; elle mesure exactement, après rétraction, 21 centimètres : elle est constituée en haut par le côlon dont vous reconnaissez les franges épiploïques typiques, en bas par le rectum sain. A leur union existe un cancer annulaire sclérosant de la largeur d'une pièce de 5 francs.

Chez cette malade, j'ai donc pu exécuter parfaitement le plan opératoire que je vous ai exposé l'année dernière et que j'avais déjà plusieurs fois mis en pratique.

Grâce à l'hystérectomie abdominale totale exécutée sur un utérus sain, on peut donc étendre au haut rectum la thérapeutique qui est de choix pour les cancers annulaires de l'S iliaque, c'est-à-dire la simple résection de la tumeur suivie du rétablissement de la continuité du tube digestif. C'est exceptionnellement que l'on pourra exécuter cette opération en un temps. Je crois qu'il est bien préférable souvent de l'exécuter en deux temps. On pratiquera d'abord l'hystérectomie abdominale totale et l'établissement d'un anus contre nature cæcal de dérivation, puis, dans un deuxième temps, l'intervention.

Il est bien entendu que cette méthode conservatrice ne s'ap-

plique qu'aux cancers limités, scléreux, du type annulaire, si fréquents de l'S iliaque. Quand on aura affaire à de gros cancers colloïdes, végétants ou ulcéreux, il sera préférable de pratiquer une amputation abdomino-périnéale du rectum avec établissement d'un anus colique définitif. Même dans ce cas, il est indispensable de pratiquer une hystérectomie abdominale totale préliminaire pour se donner du jour et drainer largement par en bas, après section de la cloison postérieure du vagin. Vous vous rappelez quelles énormes tumeurs j'avais pu l'année dernière enlever avec succès en adoptant ce plan opératoire.

J'insiste sur l'avantage que vous donne, en dehors du jour et de la facilité des manœuvres, l'ablation de l'utérus en vous fournissant un lambeau péritonéal antérieur, lequel constitue un véritable couvercle du pelvis extériorisant en quelque sorte le champ opératoire. Et ce champ opératoire reste largement drainé par le vagin ; on peut ainsi fermer sans crainte le ventre. La preuve en a été manifeste chez ma malade : une fistule stercorale vaginale passagère a pu laisser s'écouler au dehors les détritus intestinaux sans aucun inconvénient pour la grande cavité abdominale.

Je crois donc avoir le droit de dire, comme je l'ai fait au dernier Congrès de Chirurgie, que l'hystérectomie abdominale totale préalable facilite grandement le traitement opératoire des cancers du haut rectum ou du bas côlon pelvien.

OBSERVATION X

(Due à l'obligeance du docteur Le Nouëne. Le Havre.)

Cancer de L'S iliaque. — Résection. — Suture bout à bout. — Guérison. (1907)

Albert L... soixante-huit ans, vient consulter le Dr Le Nouëne, en octobre 1907, pour des douleurs abdominales localisées au côté gauche de l'abdomen, douleurs exagérées au moment des selles. Celles-ci qui autrefois étaient quotidiennes deviennent de plus en plus difficiles, le sujet ne va plus à la garde-robe qu'à la suite de lavements et de purgatifs. Son état général est moins bon depuis trois ou quatre mois. Pas de sang dans les selles.

A l'examen on constate un ventre tendu, dur et sonore. Le sujet accuse une vive douleur à la pression de la fosse iliaque gauche. Là on ne sent aucune grosseur, mais un empâtement diffus. Par le toucher rectal on ne sent rien d'anormal, mais les douleurs de la fosse iliaque gauche sont réveillées par la pression du bout de l'index.

Cet homme a consulté un chirurgien qui lui a proposé l'établissement d'un anus iliaque. Il supplie qu'on ne lui fasse pas cette opération, disant qu'il préfère la mort à cette infirmité. Il entre le 6 novembre à la clinique du docteur Le Nouëne.

Opération, 9 novembre 1907.— Tumeur de la partie moyenne de l'S iliaque du volume du poing. *Résection* de 12 centimètres du côlon descendant. *Suture circulaire* des deux bouts à

trois plans. En arrière, au niveau du méso-côlon, les sutures sont renforcées par l'application des franges côliques du voisinage. Fermeture de la paroi en un plan avec drain.

Suites opératoires normales, sauf légère émission de matières fécales par l'orifice du drain du cinquième au dixième jour. Sortie de la clinique le vingt-huitième jour.

Le sujet à été revu après onze mois en parfaite santé. Il a engraissé de 8 kilogrammes.

Traitement du cancer de l'S iliaque par la résection suivie de suture circulaire (*In* Lardennois. p. 184).

1	Reybard, *Bull. Ac. Méd.*, 1843, p. 1.033.	H. 38. Résection 3 pouces colorraphie circulaire.	Mort un an après.
2	Thiersch. *Deuts. Gesellsch. für Chirurg.*, 1878, p. 127.	H. 52. Résection. Colorraphie circulaire.	Mort péritonite.
3	Kraussold. *Volkm. Klin. Vortr.*, n° 191.	H. 57. Ablation. Colorraphie circulaire.	Guér. op. Mort 6 mois après.
4	Guyon. Th. agrég. Peyrot, 1880.	H. 70. Résect, 7 cent. Colorraphie circulalre.	Mort de shock.
5	Czerny. *Berl. Klin. Wochen*, 1880, n° 45, p. 637.	F. 47. Colon transv. et S iliaque. Résect. de 11 cent. sur côlon transv. 9 cent. sur S iliaque. Suture circulaire.	Guérison opératoire. Mort 7 mois après.
6	Kœnig. *Arch. Klin. Chir.*, 1890. t. XL, p. 905.	Résection. Colorraphie circulaire.	Guérison constatée 3 ans après.
7	Czerny. *Rindfleisch. Beitr. z. Klin. Chir.*, 1892, t. 40, p. 661.	Résection 8 cent. Suture circulaire.	Guérison constatée 2 ans après.
8	Heutson. *Brit. med. Journ.* 1894, p. 405.	Résection 8 cent. Colorraphie circulaire.	Mort quatre jours après.
9	Reindfleisch. *Beitr. z. Klin. Chir.*, 1892, t. IX, p. 661.	Résection 5 centimètres. Suture circulaire.	Guérison.
10	Trèves. *The Lancet*, 11 mars 1893.	Résection 20 cent. Colorraphie circulaire.	Guérison.
11	Czerny, *In Schiller Beitr. f. Klin. Chir.*, 1896, p. 603.	H. 56. Port. inf. côlon descendant souffre depuis 10 ans. Résection 15 cent. Entérorraphie circulaire.	Guérison.
12	Czerny. *id.*	H. 56. Part. inf. S iliaque. Portait anus cæcal. Résect. Entérorraphie circulaire.	Guérison constatée 15 mois après.
13	Czerny. *id.*	H. 42. Résect. Entérorraphie circulaire.	Guérison constatée 1 an après.
14 et 15	Sorge. *Rif. med.*, avril 1895.	2 résections successives de 10 cent. Suture circulaire.	Guérison.

En somme :
15 résections avec suture circulaire.

CONCLUSIONS

I. — Il est possible de traiter le cancer de l'S iliaque par *la résection suivie de suture bout à bout.*

II. — Cette opération sera plus favorablement accueillie par les malades que les opérations radicales ou palliatives qui laissent un anus iliaque.

III. — Il semble bien que la résection de l'S iliaque puisse, sans plus de danger, se faire en un seul temps.

IV. — L'hystérectomie abdominale totale est à recommander comme premier temps de l'intervention.

Vu : le Président de la thèse,
POZZI

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Barbary (Joseph). — Essais sur le traitement chirurgical du cancer du gros intestin (rectum excepté), 1904.

Bilton-Pollard. — Observation in thèse Barbary.

Czerny. — Berl. Klin. Wochen., 1880, n° 45, p. 637. (In Lardennois).

Czerny-Reindfleisch. — Beitr. z. Klin. Chir., 1892, t. XL, p. 661.

Czerny. — In Schiller. Beitr. f. Klin. Chir., 1896, p. 603.

Goulliod. — Cancer du cæcum et cancer de l'S iliaque. Rev. de Gynéc. Paris, 1902, VI, 19-130.

— Cancer du cæcum et cancer de l'S iliaque, six cas d'entérectomie. XIVe Cong. franc. de Chirurgie. Procès-verb. Paris, 1901, 529-549.

Guillet. — Bull. de la Soc. de Chir. de Paris, 30 nov. 1904.

Guyon. — Thèse d'agrég. Peyrot, 1880.

Hartmann. — In thèse Ockinzyc, 1907.

Heutson. — Brit. med. jour., 1894, p. 405.

Jaboulay. — Lyon médical, 11 nov. 1894 et 1898.

Kœnig. — Arch. f. Klin. Chir., 1890, t. XL, p. 905.

Krossauld. — Wolkm. Klin. Vortr., n° 91.

Lardennois (H.). — Traitement chirurgical du cancer du gros intestin, 1899.

Littlewood. — Observation in thèse Barbary.

MONPROFIT. — XIVe Congrès français de Chirurgie. Discussion. Procès-verbal. Paris, 1901, 529-549.

— Congrès de Chirurgie, 26 octobre 1901.

— Revue de Chirurgie, t. II, p. 560.

— XVIe Congrès de Chirurgie. Rapport du 19 oct. 1903.

— Chirurgie du gros intestin, 1904.

OKINCZYC (Joseph). — Contribution à l'étude du traitement chirurgical du cancer du côlon, 1907.

PAUCHET. — Cancer de l'S iliaque. Occlusion. Gaz. méd. de Picardie, Amiens, 1900, XVIII, 240-241.

— Soc. de Chir. de Paris, 1902.

POIRIER. — Traité d'Anatomie.

QUÉNU et DUVAL (P.). — Bull. de la Soc. de Chir. de Paris, 2 nov. 1898.

REINDFLEISCH. — Brit. z. Klin. Chir., 1892, t. IX, p. 661.

REYBARD. — Bull. Ac. Méd., 1843, p. 1033.

SCHILLER. — Loc. cit., p. 608 (in thèse Okinczyc).

SORGE. — Rif. Med., avril 1895.

TERRIER et BAUDOIN. — La suture intestinale, 1898.

THIERSCH. — Deuts. Gesellsch. für Chir., 1878, p. 127.

TIXIER. — Bull. de la Soc. de Chir. de Lyon, 21 nov. 1907.

— Bull. de la Soc. de Chir. de Lyon, 24 janv. 1907.

TRÈVES. — The Lancet, 11 mars 1893.

VAUTRIN. — Traitement chirurgical des tumeurs du gros intestin. Association française de Chirurgie de Paris, 1887, XI, 432-458.

WŒLFLER. — Le la résection de l'intestin grêle et du gros intestin. IIe Congr. de la Soc. de Chir. allem. Berlin, 4-7 avril 1883.

Imp. spéciale de la librairie ROUSSET, 12, rue Monsieur-le-Prince, Paris.